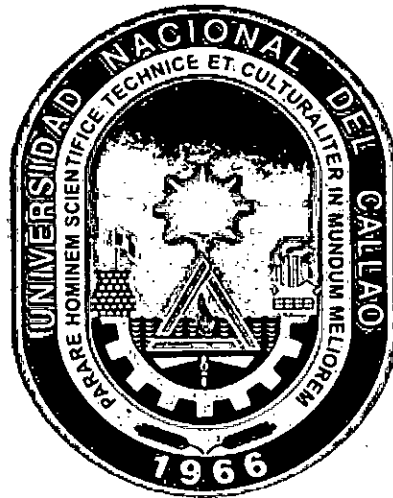


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A
COLECISTECTOMÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL
RAMÓN CASTILLA ESSALUD – RED ASISTENCIAL ALMENARA -
LIMA 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

JULISSA PILAR CHUQUISANA ARCE

**CALLAO - 2016
PERÚ**

Y

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- MG. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA PRESIDENTE
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- MG. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO VOCAL

ASESORA: DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 288

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 24/11/2016

Resolución Decanato N° 1306-2016-D/FCS de fecha 23 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	03
1.1 Descripción de la situación problemática	03
1.2 Objetivo	04
1.3 Justificación	04
II. MARCO TEÓRICO	06
2.1 Antecedentes	06
2.2 Marco Conceptual	08
2.2.1 Modelo de Virginia Henderson	08
2.2.2 Generalidades sobre intervenciones quirúrgicas	09
2.2.3 Cuidado de enfermería en pacientes sometidos a colecistectomía	12
2.3 Definición de Términos	18
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	19
3.1 Recolección de datos:	19
3.2 Experiencia profesional	19
3.3 Procesos realizados en los cuidados de pacientes sometidos a colecistectomía	21
IV. RESULTADOS	24
V. CONCLUSIONES	27
VI. RECOMENDACIONES	28
VII. REFERENCIALES	29

INTRODUCCIÓN

En el servicio de Cirugía del Hospital Ramón Castilla de Nivel II – ESSALUD perteneciente a la red Asistencial Almenara, según las estadísticas se puede observar 270 casos de operaciones de colecistectomía laparoscópica durante el año 2015(1)

Teniendo en cuenta que la participación de enfermería es activa, dinámica, requiere de conocimiento científico y está presente durante todo el proceso que vive el paciente durante su hospitalización desde el momento del ingreso hasta su alta, se considera pertinente determinar el cuidado de enfermería que este tipo de paciente requiere. De esta manera la planeación del cuidado es realizada con base en los problemas reales del paciente, lo que contribuye a la prevención y detección temprana de complicaciones.

La importancia del cuidado de enfermería en el paciente colecistectomizado recae en la satisfacción de las necesidades básicas del paciente de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar, vestirse, comunicarse, etc. Las cuales se encuentran limitadas durante el pos operatorio y también con los cuidados se busca evitar complicaciones las cuales si podrían conducir al paciente hasta la muerte.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

Las colecistectomía laparoscópica es la intervención quirúrgica más frecuente a nivel mundial considerada por muchos autores como el “patrón de oro” en el tratamiento de las enfermedades de las vías biliares(2).

La colecistectomía por colecistitis aguda o por cólico recurrente es el procedimiento más común de cirugía mayor que realizan los cirujanos generales resultando en aproximadamente 500,000 operaciones al año(3).

En América Latina se informa que entre el 5 y el 15 % de los habitantes presentan litiasis vesicular. Países como Estados Unidos, Chile, Bolivia se encuentran entre los de mayor número de personas afectadas por esta enfermedad(3).

En el Perú la colelitiasis aguda se presentan con más frecuencia en mayores de 40 años, tanto en hombres como en mujeres, siendo más frecuentes en el sexo femenino en relación 2:1. es además la segunda causa de intervenciones quirúrgicas(4).

En el policlínico Ramón Castilla la colecistectomía laparoscópica es considerada una de las operaciones de gran complejidad, por ese motivo siempre se ingresa al paciente para el pre operatorio y el pos operatorio

dura de 48h a mas, donde las mayores complicaciones se han presentado en el pos operatorio inmediato (nauseas, vómitos, dolor, sangrado).

El profesional de enfermería, debe estar atento a los cambios fisiológicos que presente el paciente, ante un evento estresante como es la intervención quirúrgica, razón por la cual la enfermera debe contar con la capacitación científica y experiencias suficientes, que le permitan identificar los problemas propios de este paciente y así mismo con base en ellos, elaborar sus planes de cuidado a fin de evitar complicaciones y contribuir en la pronta recuperación del paciente y su incorporación a la sociedad.

1.2. Objetivos

Describir los cuidados de enfermería de pacientes sometidos a colecistectomía del servicio de cirugía del hospital Ramón Castilla – ESSALUD.

1.3. Justificación

En el presente informe de experiencia profesional se describen los cuidados que hay que tener con un paciente post operado de colecistectomía laparoscópica, lo cual nos permitirá conocer al detalle el proceso de atención con estos pacientes.

Este trabajo se realizó para determinar como la enfermera, participa en el cuidado holístico del paciente operado de colecistectomía y su reinserción a la sociedad como un individuo sano. Además el informe busca profundizar los conocimientos teóricos de los procesos de atención que tenemos las enfermeras al determinar las acciones a realizar.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

TALEGON (2013) Colecistectomía laparoscópica. cuidados de enfermería. Siendo su objetivo definir las tareas e intervenciones de enfermería en el quirófano durante todo el proceso de la cirugía laparoscópica la metodología del estudio fue descriptiva y sus conclusiones refieren que los principales cuidados están en el posoperatorio inmediato principalmente, ya que en este momento es más vulnerable el paciente(5).

SOSA (2013). Estudio comparativo del abordaje en la colecistectomía laparoscópica mediante colocación de 3 trócares en la línea media frente al abordaje francés clásico. evaluación del dolor postoperatorio mediante escala analógico-visual y correlación con variables analíticas. Cuyo objetivo principal fue evaluar si el procedimiento de colecistectomía laparoscópica mediante la colocación de tres trocares en la línea media es seguro al no presentar mayor incidencia de complicaciones que el abordaje francés clásico, Realizamos un estudio prospectivo aleatorizado de 100 pacientes consecutivos intervenidos de colecistectomía laparoscópica de forma electiva llegándose a la conclusión que el abordaje con 3 trocares en línea media es un procedimiento seguro para la realización de la colecistectomía laparoscópica, sin mostrar mayor incidencia de complicaciones intra- o postoperatorias(6).

PANDURO (2015) Causas de conversión de la colecistectomía laparoscópica, departamento de cirugía, hospital III iquitos-EsSalud, octubre 2013 a octubre 2014. Siendo su objetivo identificar las características personales, datos clínicos y operatorios que predicen la conversión en pacientes sometidos a Colecistectomía Laparoscópica, y analizar la relación entre la conversión y las variables establecidas. El estudio es de tipo descriptivo y las conclusiones nos dicen, que la principal morbilidad relacionada con conversión quirúrgica fue la diabetes mellitus 2, y la conversión fue el plastrón vesicular. Los aportes de esta investigación ayudan a determinar los factores que intervienen en la conversión de colecistectomía convencional a laparoscópica(7).

PONCE (2011), Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Cuyo objetivo describir las complicaciones más frecuentes que se presentan con la colecistectomía laparoscópica en el Hospital el objetivo fue realizar un análisis de las complicaciones más frecuentes de dicho procedimiento y esté preparado para enfrentarlas, el método utilizado fue descriptivo, concluyéndose que el grupo etario más afectado con las complicaciones laparoscópicas estuvo entre los 20 a 40 años. Y La complicación tardía más frecuente fue la infección de la herida operatoria(8).

2.2. Marco conceptual

2.2.1. Modelo de Virginia Henderson (1955):

Define a la enfermería como: "La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario; hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"(9).

Para Virginia Henderson, la función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo; en la satisfacción de las actividades que contribuyan a la satisfacción de la salud y a su recuperación lo más rápidamente posible.

Cuando una necesidad no se satisface el individuo no está completo, en su integridad ni es independiente. Virginia Henderson identifica 14 necesidades humanas básicas que componen los cuidados enfermeros.

- Respirar normalmente. Administración de oxígeno de ser necesario
- Beber y comer adecuadamente.
- Eliminación de desechos. Orina, deposición y exudados.
- Moverse y mantener una buena postura
- Dormir y descansar, evitar el dolor y la ansiedad.
- Vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
- Proteger de peligros, uso de barandales.
- Comunicarse con otros y expresar sus dudas, preocupaciones, necesidades u opiniones.
- Vivir según valores y creencias.
- Jugar y participar en tareas recreativas.
- Aprender, descubrir y satisfacer su curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud(10).

Virginia Henderson, afirma que la enfermera obtendrá satisfacción inmediata al ver los progresos del paciente para lograr su independencia.

Además identifico tres niveles de relación entre enfermera – paciente:

- La enfermera como sustituto del paciente, en el primer día operatorio o posoperatorio inmediato.
- Enfermera como ayuda del paciente, en el posoperatorio mediano.
- Enfermera como compañera y orientadora del paciente, en el posoperatorio tardío(10).

2.2.2. Generalidades sobre Intervención Quirúrgica

Las intervenciones y procedimientos quirúrgicos son operaciones realizadas por un cirujano para solucionar cualquier trastorno o enfermedad que padezca el paciente.

Mediante la cirugía se pueden solucionar dolencias en determinadas partes del cuerpo . Así, existen diferentes tipos de prácticas quirúrgicas, que intervienen desde afecciones al corazón (cirujanos cardiovasculares),

a los pulmones(cirujanos torácicos), a la boca (cirujanos orales o maxilofaciales), al aparato digestivo como la frecuente operación de apendicitis (cirujano del aparato digestivo) o de belleza como la liposucción o el lifting (cirujano plástico o estético) entre otras muchas.

Los procedimientos quirúrgicos suelen realizarse con anestesia, en los que es necesario la labor de un anestesista y conllevan los riesgos de cualquier intervención que utilice este método para evitar el dolor. Estos peligros son: problemas respiratorios, hemorragias, infecciones o posibles reacciones a la medicación.

Entre las intervenciones quirúrgicas más habituales se encuentran:

- Cirugías de abdomen (cesárea, colecistectomía, hernioplastia, apendicetomía, etc.)
- Cirugía de cabeza y cuello.
- Cirugía de aparato reproductor (Fimosis y circuncisión)
- Cirugía ortopédica
- Cirugía plástica.

Según la forma en la que se realice la intervención, depende de la técnica y materiales empleados para llevar a cabo la intervención quirúrgica pueden ser:

- Cirugía Mayor Ambulatoria: (CMA) Son intervenciones quirúrgicas de complejidad moderada que no requieren de ingreso hospitalario por

parte del paciente, ni previo ni posterior a la operación. Un ejemplo de ello es la operación de fimosis.

- Cirugía invasiva: es la cirugía tradicional, para realizarla se hacen grandes incisiones y el cirujano accede directamente a la zona a tratar. También se conoce como cirugía a cielo abierto. Por norma general, el paciente debe quedarse varios días en el hospital y la recuperación es larga.
- Cirugía laparoscópica: para realizarla, se realiza varias incisiones de reducido tamaño. A través de ellas se introduce una pequeña cámara, mediante la que el cirujano puede observar el interior del paciente para poder intervenir, así como las herramientas necesarias para la cirugía. Se trata de una intervención mínimamente invasiva. Un ejemplo de ello es la cirugía de hernia inguinal por laparoscopia.
- Trasplantes: consiste en extraer y colocar órganos u otros tejidos del cuerpo. Suelen ser operaciones de alta complejidad que requieren mucho tiempo.
- Cirugía láser: para esta técnica se aplica un haz de luz intensa sobre las células que se quieren eliminar, la temperatura de estas aumenta y estas desaparecen. Un ejemplo es la cirugía de láser de tulio para próstata(11).

2.2.3. Cuidados de Enfermería en Pacientes sometidos a Colectomía

A. Colelitiasis

La colelitiasis es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de cálculos en el interior de la vesícula biliar y es una de las patologías más comunes dentro de las enfermedades digestivas(11). La prueba diagnóstica de elección es la ecografía abdominal, los síntomas, generalmente son: CÓLICO BILIAR Ocurre cuando la contracción de la vesícula moviliza los cálculos o el barro biliar hacia el conducto cístico, produciendo su obstrucción transitoria. La mayoría de los pacientes (59%) cursa como dolor en el hipocondrio derecho o el epigastrio. En ocasiones se desencadena una o dos horas después de una ingesta rica en grasas. COLECISTITIS AGUDA En 90 a 95 % de los pacientes la colecistitis aguda es secundaria a cálculos biliares. COLECISTITIS CRÓNICA Alrededor de dos tercios de los pacientes con enfermedad por cálculos biliares presenta colecistitis crónica que se caracteriza por crisis recurrentes de dolor(11).

B. Colectomía Laparoscópica

El tratamiento de elección actualmente para la extirpación de la vesícula es la colectomía laparoscópica(12.) La colectomía laparoscópica es la extirpación de la vesícula biliar utilizando una cámara de vídeo y un material especial que permite realizar la intervención mediante unas incisiones muy pequeñas, sin abrir el abdomen.

La realización de incisiones muy pequeñas no solo tiene ventajas estéticas, además se reducen las infecciones postoperatorias y disminuye el dolor postoperatorio. Como consecuencia de ello, es menor el periodo de ayuno, el de encamamiento, el tiempo de ingreso hospitalario y el tiempo de baja laboral. También se reduce el riesgo de hernias en las incisiones al ser éstas más pequeñas(12).

C. Cuidados de Enfermería

PRE- OPERATORIOS

1. Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados.
2. Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad.
3. Realizar la valoración de enfermería al ingreso.
4. Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones.
5. Establecer el procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables (valoración de riesgos)
6. Proporcionar al paciente la Carta de derechos y obligaciones del paciente.
7. Mantener la confidencialidad de la información sanitaria del paciente

POST-OPERATORIOS INMEDIATO:

1. Se debe preparar la unidad de recuperación del paciente y disponer de recursos físicos y humanos que existan en el hospital, ya que esto aumenta los estándares de calidad en la atención al paciente recién egresado de la cirugía.
2. Recibir al paciente con el expediente clínico correcto: La realización del equipo de salud influye en el paciente, el tener los conocimientos físicos sobre el estado en el que es recibido el paciente contribuye a la realización de plan de cuidados para el paciente posquirúrgico.
3. Valorar constantes vitales del paciente, enfocándose en las vías respiratorias, la circulación, el metabolismo, la anestesia y en general el aspecto físico que presenta el paciente.
4. Colocar y proteger al paciente en la posición indicada o requerida: La posición del paciente se determina a partir de dos factores los cuales son anestesia inducida y el tipo de cirugía que fue realizado, así que el cambio de posición favorece la respiración y la circulación de la sangre en el cuerpo. El manipular incorrectamente al paciente que manifiesta inquietud o estado apático puede generar trastornos emocionales, respiratorios y gastrointestinales primordialmente.
5. Mantener vías respiratorias permeables: El reflejo faríngeo como laríngeo al ser recuperados fomenta el control de la lengua, tos y deglución. El que el paciente participe en la oxigenación adecuada

que ayude a mantener un buen intercambio gaseoso y genera la aceleración de la expulsión del anestésico.

6. Conectar y mantener el funcionamiento de los equipos de drenaje, succión etc.: El mantener la instalación de aparatos en el paciente genera un buen control y cubrimiento de las necesidades fisiológicas del mismo.
7. Control y registro de los signos vitales: La anestesia y la pérdida de los líquidos en el paciente contribuyen en la alteración de los signos vitales. La movilización, estimulación tusígena y respiratoria esta última favorece el buen intercambio gaseoso, reducen el nivel de dolor y por consecuencia la disminución de las complicaciones posoperatorias.
8. Participar en la administración de líquidos parenterales y terapéuticos de restitución: La restitución la pérdida hidroelectrolítica se basa en estado clínico, peso, el equilibrio hidroelectrolítico, hematocrito y química sanguínea primordialmente. La mayoría de los pacientes requiere de soluciones isotónicas para la satisfacción de necesidades hidroelectrolíticas, un equilibrio electrolítico adecuado resulta de los correctos registros ingeridos y eliminados, así como el peso corporal.
9. Tranquilizar al paciente: La tranquilidad del paciente va a depender del nulo dolor, las complicaciones después de la cirugía, la posición que adopte y el aseo personal. El tono de la voz y la información

sobre su ubicación y su estado al paciente y al familiar lo mantienen tranquilo.

10. Registrar los procedimientos realizados, estado del paciente y problemas presentados: Todo esto para llevar un control e identificar las situaciones que puede correr peligro el paciente(13)

POSOPERATORIO MEDIATO:

1. Continuar con acciones mencionadas en el periodo inmediato, y vigilando constantemente la herida y practicar la curación de la misma.
2. Ayudar a la ambulación del paciente: La deambulacion temprana evita complicaciones futuras. La aplicacion de la mecanica corporal influye en el adecuado funcionamiento gastrointestinal y la correcta circulacion de la sangre.
3. Participar o colaborar en la dietoterapia: La dieta prescrita depende del tipo de cirugia practicada y de las necesidades que tenga el paciente. Todo para el restablecimiento de la peristaltismo intestinal.
4. Atención a la diuresis: La supresion urinaria despues de la cirugia es consecuencia del estres causado por la intervencion quirurgica, la posicion y la la presencia de espasmo en el meato urinario.
5. Atención a las complicaciones: Pueden ser menores (nauseas, vomito, distencion abdominal etc.) o mayores (disminucion del retorno venoso, embolia etc.). La presencia de complicaciones involucra de tal forma al paciente que prolonga su estancia.

6. Instruir al paciente y al familiar sobre indicaciones específicas cuidados generales y el proceso de cicatrización: Es necesario seguir con los mismos cuidados hacia el paciente y con los cuidados generales ya que de esta forma se pueden identificar posibles problemas que puedan implicar el estado de salud del paciente. (13)

POSOPERATORIO TARDÍO

1. Determinar las capacidades del paciente para el alta
2. Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados.
3. Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.
4. Registrar todos los cuidados al alta en el informe de enfermería al alta.
5. Establecer continuidad de cuidados al siguiente nivel asistencial de cuidados(13).

2.3 Definición de Términos

Cuidado de Enfermería. La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar (del latín coidar) (14).

Es una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente(14)

Paciente. Designa a un individuo que es examinado medicamente o al que se administra un tratamiento. Proviene del verbo latino "pati", que quiere decir "el que sufre": el paciente es, pues, una persona que es curada(15).

Colecistectomía Laparoscópica. es la extirpación de la vesícula biliar utilizando una cámara de vídeo y un material especial que permite realizar la intervención mediante unas incisiones muy pequeñas, sin abrir el abdomen(16)

Servicio de Hospitalización Cirugía General. El servicio de Cirugía se encarga de prestar atención médica integral a los pacientes en pre y post operatorio con enfermedades que se curan a través de cirugías la mayoría de estas a nivel abdominal, mediante acciones de recuperación y rehabilitación en forma individual y colectiva. Depende jerárquicamente de la Dirección General del Hospital(16).

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la recolección de datos se coordinó con la oficina de estadística y la unidad de Inteligencia Sanitaria del hospital II Ramón Castilla-Red Almenara- EsSalud, quienes nos facilitaron los datos todas las cirugías realizadas durante el año 2015.

3.2 Experiencia Profesional

Al ingresar a trabajar a ESSALUD por el año 2007, el primer servicio al cual ingrese a trabajar fue al servicio de hospitalización de medicina - cirugía, servicio que tenía 3 ambientes, el principal y 2 aislados con 20 camas, entre pacientes de medicina y cirugía era una sola enfermera que hacía el trabajo asistencial y administrativo en los tres turnos, luchamos durante 6 meses aproximadamente para lograr que hubieran 2 enfermeras en el turno de día.

Luego en el año 2008 nos hicimos cargo del servicio de ginecología, que hasta ese tiempo era manejado por las obstétrices, para lo cual se tuvo que dividir el servicio en 2 áreas, una de 13 camas en el ambiente principal y 9 camas en los ambientes aislados, manejándose pacientes de medicina grado I, II, III; cirugía; urología y ginecología; La coordinación

como mejora puso 2 enfermeras en los tres turnos para trabajo asistencial y administrativo.

Durante los siguientes años se demostró que existía hacinamiento en el ambiente principal además de la carga laboral para la enfermera que se encontraba en dicho ambiente pues tenía que asistir pacientes de medicina grado III y operados inmediatos, la coordinación opto por retirar 2 camas de dicho ambiente quedándonos entonces con un total de 20 camas hasta la actualidad.

hace 2 años se logro dividir el servicio de hospitalización en hospitalización de medicina que cuenta con 8 camas y una sola enfermera por turno y hospitalización cirugía con 12 camas donde se atienden pacientes de cirugía ginecología y urología, también una sola enfermera por turno.

Las funciones que la enfermera realiza desde que ingresa a laborar en la institución son: enfermera asistencial, pero también se realiza función administrativa, incluso tenemos a cargo programas como familiar acompañante, identificación de paciente con riesgo, prevención de upp, etc. Las cuales se realizan dentro de las horas programadas para trabajo asistencial.

3.3 Procesos realizados en el cuidado de enfermería en pacientes sometidos a colecistectomía.

En el servicio de cirugía las colecistectomías laparoscópicas son las intervenciones quirúrgicas que se realizan con mayor frecuencia. Y se realizan los días lunes, miércoles, viernes y sábado siendo operados 2 pacientes por día. considerándose a la colecistectomía como una cirugía de gran complejidad teniendo una estancia hospitalaria promedio de 3 días.

Los cuidados de enfermería en pacientes sometidos a colecistectomía en el hospital ramón castilla – ESSALUD son los siguientes:

Cuidado en el post operatorio inmediato:

- Cuando sala de recuperación coordina con sala de hospitalización para recoger al paciente pos operado, se prepara la unidad del paciente, para evitar cambios bruscos de temperatura.
- Se revisa historia clínica buscando las indicaciones médicas, y la hoja de procedimientos quirúrgicos, donde se especifica lo acontecido con el paciente en sala de operaciones, complicaciones y anestésico usado en el procedimiento.
- Se coloca y protege al paciente en la posición requerida, esto dependerá de el tipo de anestesia utilizada en la cirugía y edad del paciente (a mayor edad, mayor riesgo).

- Verificar permeabilidad de vías aéreas, vigilar saturación pues se puede afectar la función pulmonar después de la cirugía por falta de fuerza muscular secundario a la administración de drogas analgésicas, sedantes y relajantes musculares durante la intervención quirúrgica.
- Controlar funciones vitales, buscando la presencia de hipotensión, hipertermia, arritmias cardiacas u otras anomalías que puedan poner en riesgo la vida del paciente.
- Vigilar la administración de líquidos parenterales: Cantidad, velocidad del flujo ya sea a través de bomba de infusión o controlador manual. Observar el sitio de la venopunción para detectar daños de infiltración o flebitis.
- Vigilar la diuresis horaria, un promedio de 30 ml / hora nos asegurara una adecuada función renal.
- Mantener al paciente sin dolor, administrar los analgésicos indicados siempre preguntando antecedentes alérgicos.
- Vigilar el vendaje de protección de la herida quirúrgica (si está bien colocado) que no presente demasiada presión o poca que no cumpla su efectividad.

Cuidado en el post operatorio mediato:

- Ayudar a la deambulación del paciente, buscando favorecer todos los sistemas (respiratorio, gástrico, urinario etc.)

- Valorar la motilidad intestinal del paciente operado buscando ruidos hidroaereos, evaluar inicio y tolerancia a la dieta líquida. De presentarse náuseas suspender inmediatamente.
- Favorecer a una adecuada diuresis. Controlar diuresis por turno.
- Valorar las complicaciones, como sangrado, continuar con náuseas y vómitos, eritema en herida operatoria, presencia de abscesos en incisiones, etc.
- Instruir al paciente y a la familia sobre indicaciones específicas como no acostarse inmediatamente después de ingerir alimentos, deambular para eliminación de gases, baño diario.

Cuidado en el post operatorio tardío:

- Determinar las capacidades del paciente para el alta, el paciente debe estar con tratamiento vía oral para continuar medicación en su hogar.
- Participar con el médico y la familia en la planificación del alta, educar al miembro de la familia que se va hacer responsable del cuidado en casa.
- Identificar los conocimientos a poner en práctica después del alta, como alimentación, baño y administración de tratamiento.
- Establecer continuidad de los cuidados, coordinar con la familia para la cita o reevaluación del paciente.

IV RESULTADOS

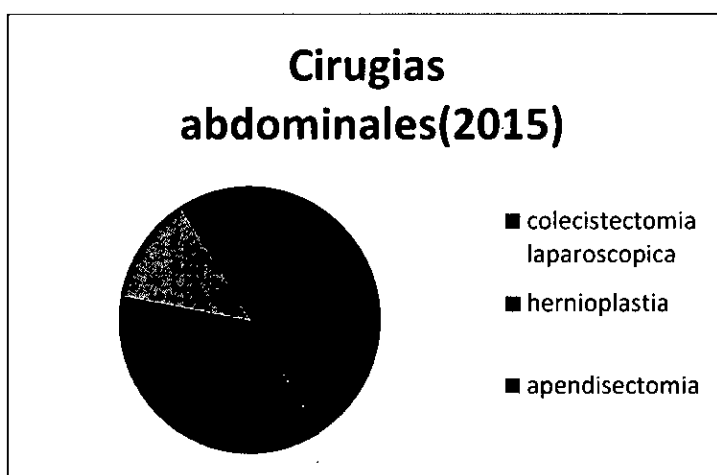
Cuadro N° 4.1: CIRUGÍAS ABDOMINALES REALIZADAS EN EL HOSPITAL RAMÓN CASTILLA – ESSALUD (2015)

Intervenciones quirúrgicas	N° de casos	% de casos
Colecistectomía laparoscópica	270	41%
Helioplastia	247	37%
Apendicetomía	89	13%
Histerectomía abdominal	57	9%
Total	663	100%

Fuente: Base de Datos del Hospital Ramón Castilla – ESSALUD

En el cuadro N° 4.1, se presentan los casos de cirugía abdominal realizados en el hospital Ramón Castilla ESSALUD durante el año (2015), ocupando el primer lugar la colecistectomía laparoscópica, seguida por las hernias de tipo umbilical e inguinal.

Grafico N°4.1: Cirugías abdominales realizadas en el hospital Ramón Castilla – ESSALUD (2015)



Fuente: Base de Datos del Hospital Ramón Castilla – ESSALUD

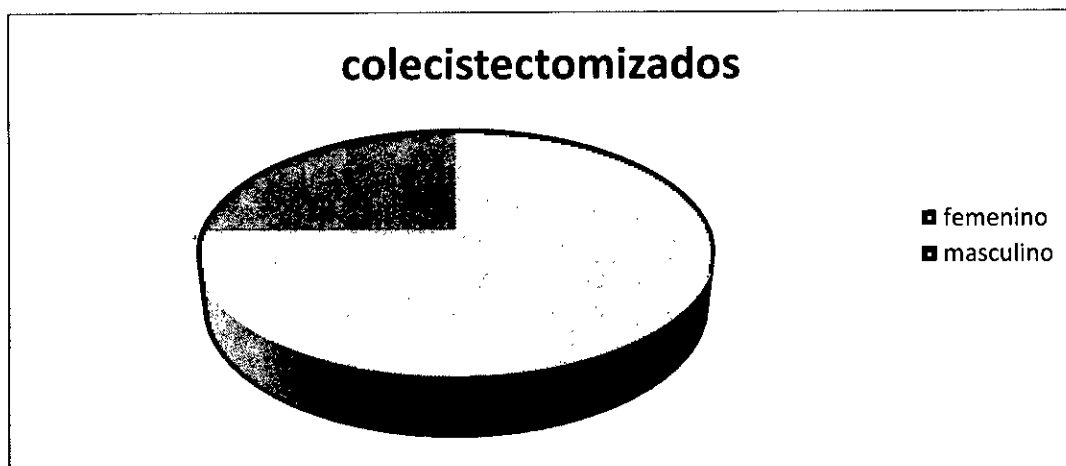
**Cuadro N° 4.2: PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA
SEGÚN SEXO EN EL HOSPITAL RAMÓN CASTILLA – ESSALUD
(2015)**

SEXO	COLECISTECTOMIZADOS	
FEMENINO	202	75%
MASCULINO	68	25%
TOTAL	270	100%

Fuente: Base de Datos del Hospital Ramón Castilla – ESSALUD

En el cuadro N° 4.2, se presentan a todos los casos de pacientes sometidos a colecistectomía divididos por sexo. Y lo que podemos observar que el 75% de la población colecistectomizada en el hospital Ramón Castilla ESSALUD durante el año (2015), son mujeres y solo un 25% son varones, lo que nos da una proporción de 3:1.

Grafico N° 4.2: pacientes sometidos a colecistectomía según sexo en el hospital Ramón Castilla – ESSALUD (2015)



Fuente: Base de Datos del Hospital Ramón Castilla – ESSALUD

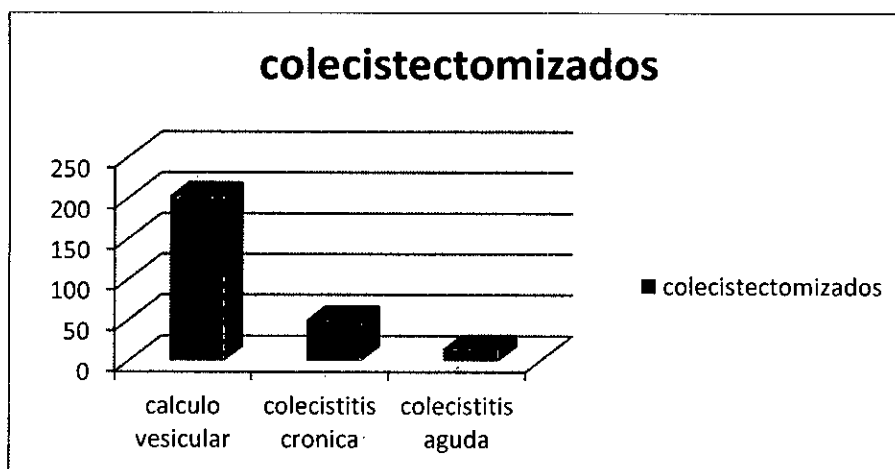
**Cuadro N° 4.3: PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA
SEGÚN DIAGNOSTICO EN EL HOSPITAL RAMÓN CASTILLA –
ESSALUD (2015)**

DIAGNOSTICO	N° de casos	% de casos
Calculo vesicular	205	76%
Colecistitis crónica	50	18%
Colecistitis aguda	15	6%
TOTAL	270	100%

Fuente: Base de Datos del Hospital Ramón Castilla – ESSALUD

En el cuadro N°4.3, se presentan los casos de pacientes sometidos a colecistectomía en el hospital Ramón Castilla ESSALUD durante el año (2015), según diagnóstico, y podemos ver que el mayor porcentaje de pacientes operados son por presentar cálculos biliares lo que significa que la mayoría de operaciones son programadas.

Grafico N° 4.3: Pacientes sometidos a colecistectomía según diagnóstico en el hospital Ramón Castilla – ESSALUD (2015)



Fuente: Base de Datos del Hospital Ramón Castilla – ESSALUD

V. CONCLUSIONES

- A. En el análisis de datos de las intervenciones quirúrgicas realizadas en el 2015 en el hospital Ramón castilla - ESSALUD, el 41% corresponden a las intervenciones por colecistectomía laparoscópica; siendo el 76% en mujeres.

- B. Los cuidados de enfermería que se brindan a los pacientes post operados de colecistectomía laparoscópica son de acuerdo a las necesidades y demandas de cada paciente

- C. El paciente post operado de colecistectomía laparoscópica y su familiar son entrenados y educados para continuar con los cuidados y tratamiento en casa.

VI. RECOMENDACIONES

- A.** Se recomienda al personal de enfermería realizar actividades educativas sobre alimentación saludable para la población femenina que acude al hospital Ramón Castilla – ESSALUD. Ya que los datos estadísticos del presente informe demuestran una incidencia mayor de casos de colecistitis calculosa es en pacientes del sexo femenino.

- B.** Se recomienda al personal médico del servicio de cirugía, realice un diagnóstico precoz de colelitiasis vesicular, por ser esta patología mas frecuentes entre las colecistectomías realizadas.

VII. REFERENCIALES

1. Hospital Ramón Castilla - ESSALUD - RAA. Lima, oficina de estadística. Intervenciones quirúrgicas realizadas durante el 2015.
2. LIVINGSTON EH, REGE RV. A nationwide study of conversion from laparoscopic to open cholecystectomy The American Journal of Surgery 2004 (188) 205–211.
3. PÉREZ Ramírez M, PÉREZ Ramírez R, HARTMANN Guilarte A. Enfermedad litiasica biliar en pacientes embarazadas. Estudio Ecográfico. Rev. Cubana Obstet Ginecol. [Internet]. 200127(2): [Aprox. 4p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000200006&lng=es[revisado 15 junio 2016];
4. Ministerio de Salud, Oficina General de Estadística e Informática. situación del adulto mayor en el Perú. Boletín. 2015;3:1-6.
5. TALEGON Rapado N. colecistectomía laparoscópica y los cuidados de enfermería. Valladolid - España. 2013. Disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5625/1/TFG-H47.pdf> [revisado 8 julio 2016].
6. SOSA Sánchez L. Estudio comparativo del abordaje en la colecistectomía laparoscópica mediante colocación de 3 trócares en la línea media frente al abordaje francés clásico. Valencia – España. 2014.. Disponible en:

<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/1554/11/Tesis%20Dra.%20Liliana%20Sosa%20Sanchez.pdf>[revisado: 15 julio 2016]

7. PANDURO Delgado A. Causas de conversión de la colecistectomía laparoscópica, departamento de cirugía, hospital III Iquitos-ESSALUD, octubre 2013 a octubre 2014. Iquitos – Perú. 2015.

Disponible en:

<http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/532/1/TESIS%20FINAL%20CAROL%20FINAL%20FINAL.pdf>[revisado: 20 julio 2016].

8. PONCE Sánchez V. Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en el hospital nacional Sergio E.. Bernales. 2011.

Lima – Perú.. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/457/1/Ponce_sv.pdf [revisado 22 julio 2016]

9. BELLO Fernández N. “Fundamentos de enfermería”. Parte I.

Disponible en: [http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-000-00---0enfermeria--00-0-0--0prompt-10---4-----0-0l--1-lv-50---20-about---00031-001-1-0big5-](http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-000-00---0enfermeria--00-0-0--0prompt-10---4-----0-0l--1-lv-50---20-about---00031-001-1-0big5-00&c=enfermeria&d=HASH0141c3943ff026d45c710bca.2.2)

[00&c=enfermeria&d=HASH0141c3943ff026d45c710bca.2.2](http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-000-00---0enfermeria--00-0-0--0prompt-10---4-----0-0l--1-lv-50---20-about---00031-001-1-0big5-00&c=enfermeria&d=HASH0141c3943ff026d45c710bca.2.2)

[00&c=enfermeria&d=HASH0141c3943ff026d45c710bca.2.2](http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-000-00---0enfermeria--00-0-0--0prompt-10---4-----0-0l--1-lv-50---20-about---00031-001-1-0big5-00&c=enfermeria&d=HASH0141c3943ff026d45c710bca.2.2)

[revisado: 22 julio 2016]

- 10, Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Modelo Virginia Henderson. Disponible en:

www2.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo_archivo=4479[revisado: 23 julio 2016].

11. TEJEDOR Bravo. Enfermedad litiásica biliar. M. España : Medicine, 2012. Vol. 8, págs. 481 - 488.
12. DÁVILA, S. y CHÁVEZ, R. Dolor postoperatorio en colecistectomía laparoscópica. Ropivacaína vs placebo. Ensayo clínico. Abril - Junio de 2010, Vol. 32, 2.
13. Enfermería Quirúrgica. Periodo Post operatorio. 2012. Disponible en: <http://hannyibarra.blogspot.pe/2012/03/periodo-postoperatorio.html> [revisado: 23 julio 2016].
14. JUÁREZ R.; GARCÍA C, La importancia del cuidado de enfermería. Guanajuato – México. 2009 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>. [revisado: 28 agosto 2016].
15. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/> [revisado: agosto 2016].
16. REYNA Ramos L. Conversión de colecistectomía laparoscópica en colecistitis aguda vs colecistitis crónica. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo - Perú. 2014.